

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		島 4 7 ー		世帯主氏名			
減 額 対 象 者	住 所	会津坂下町				電話 ー	
	ふりが な 氏 名				性 別	男・女	世帯主と の 続 柄
	生年月 日	昭和・平成	年	月	日	現 年 齡	歳
長期入院	該 当 ・ 非 該 当						
入院・通院期間の予定（日数）		平成 年 月 日から		日間			
		平成 年 月 日まで					
入院・通院をする保険医療機関等		名 称					
		所 在 地					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>住 所 会津坂下町</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>世 帯 主</p> <p>会津坂下町長様 氏 名 ㊟</p>							

一般 退職	一般	退職	納入 状況	未納あり	未納なし
課税 判定	課税	非課税	区分 判定	A B C 低 I 低 II	
市区町村長が 証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市区町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、 _____、 _____、</p> <p>_____、 _____、 _____、</p> <p style="text-align: right;">会津坂下町長 印</p>				

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。